Automobile Injury Compensation
Appeal Commission

Annual Report
2002-2003

Manitoba

104-00393/

Automobile Injury Compensation
Appeal Commission

Annual Report
2002-2003

Manitoba

Manitoba

Automobile Injury Compensation Appeal Commission

1720 - 330 Portage Avenue
Winnipeg MB R3C 0C4
CANADA

Toll Free: (within Manitoba)
1-800-282-8069
Phone No: (204) 945-4155
Fax No: (204) 948-2402
E-Mail: autoinjury@gov.mb.ca

The Honourable Greg Selinger
Minister of Finance
Room 103
Legislative Building
450 Broadway
Winnipeg, MB R3C OV8

Dear Minister:

Section 180(1) of the Manitoba Public Insurance Corporation Act states that within six months after the end of each fiscal year, the Chief Commissioner shall submit an annual report to the Minister respecting the exercise of powers and the performance of duties by the Commission and include the significant decisions of the Commission and the reasons for the decisions.

I am pleased to enclose herewith the Annual Report of this Commission for the fiscal year ending March 31st, 2003 including a summary of significant decisions.

Cordially yours,

MEL MYERS, Q.C.,
CHIEF COMMISSIONER

ANNUAL REPORT FOR THE FISCAL YEAR 2002/2003
OF THE
AUTOMOBILE INJURY COMPENSATION APPEAL COMMISSION

General

The Automobile Injury Compensation Appeal Commission ('the Commission') is a specialist tribunal, established to deal with appeals arising with respect to claims under the Personal Injury Protection Plan (PIPP) of Manitoba Public Insurance Corporation ('MPIC'), more commonly known as the 'no-fault insurance program.'

The Commission was established under The Manitoba Public Insurance Corporation Act ('the Act'), which, amongst other things, outlines the powers and responsibilities of the Commission regarding the processing of appeals.

2002/2003 was the ninth full year of the operations of the Commission which now has a complement of sixteen persons: two full-time commissioners, ten part-time commissioners, a director, an appeals officer, the secretary to the chief commissioner and an administrative assistant. 164 individuals filed appeals with the Commission respecting 197 MPIC decisions for the 2002/2003 year. This compares with 135 individuals filing appeals respecting 147 MPIC decisions in the 2001/2002 year. Most of the appeals heard during the 2002/2003 fiscal year relate to injuries sustained in prior years - some as early as 1994. As each year passes the resultant files, in many cases, increase in volume and time spent to review. This is due, in part, to the fact that, when injuries are of a comparatively serious nature and the insurer's initial liability is not disputed, a claimant may be in receipt of income replacement, medical treatment or other coverage from MPIC for an extended period; in such cases, it is only when MPIC decides to terminate benefits that the appeal process is sometimes initiated.

The Appeal Process

Prior to filing an appeal with the Commission, claimants who have sustained a personal injury caused by an automobile accident and who feel themselves aggrieved by a decision of MPIC must have that decision reviewed by the Corporation's Internal Review Officer. Claimants have 60 days to ask for a review.

The Internal Review Officer gives his or her decision in writing, with the reasons for that decision. A claimant who is still dissatisfied may then file a Notice of Appeal with the Commission within 90 days of the review decision. Rights of appeal are explained to the claimant in writing at each step in the processing of a claim.

The Commission can extend the deadline for filing appeals. Claimants who have furnished persuasive reasons for missing the 90-day deadline have been granted extensions. The Commission will continue to consider reasonable requests.

Once a Notice of Appeal has been filed with the Commission, the appellant's complete file is obtained from MPIC. Commission staff review the file and, based on the issue(s) under appeal,

create an index of all relevant contents. A copy of the indexed material is provided to both parties. A date is then set for the hearing of that appeal. The Commission makes every effort to hold a hearing with a minimum of delay while, at the same time, attempting to accommodate the appellant and MPIC. So as to avoid last minute adjournments, the Commission's practice is to set hearing dates only when both parties can confirm that they do not anticipate producing any further medical or other written reports.

A panel of three commissioners, who comprise the quorum prescribed by the Act, hears appeals. 118 hearings were held in the 2002/2003 fiscal year compared with 74 hearings held in 2001/2002. Hearings are informal, with the majority of appellants acting without legal representation. The Commission is not bound by the rules of evidence followed by the courts. On occasion, where an appellant lives or works some distance out of Winnipeg, the commissioners have, with the prior approval of the parties, conducted a hearing by teleconference, using a 'speaker-phone' in the hearing room to enable complete communication between all interested persons; this procedure is useful in particular when few, if any, of the relevant facts are in dispute and it is therefore unnecessary for the panel to weigh evidence and determine credibility. The teleconference call has the added virtue of saving the expense of either bringing the appellant in to the city (sometimes from long distances) or having the entire panel travel to the area where the appellant lives. If, in the course of a telephone hearing, it becomes apparent that the Commission needs actually to see one or more witnesses, the matter will be adjourned for that purpose.

Appellants and MPIC may bring forward new evidence, either written or in the form of oral testimony, to be used at the hearing, in which event they are required to disclose it to the other side in reasonable time prior to the hearing. The commissioners weigh the evidence and the arguments of both the appellant and MPIC in arriving at each decision.

After the hearing, the Commission issues its decision, which, according to the Act may:

(a) confirm, vary or rescind MPIC's review decision; or
(b) make any decision that MPIC could have made.

Decisions, accompanied by the reasons for those decisions, are normally sent to the appellant and to MPIC in writing. A delay in issuing decisions may occur when the commissioners find it necessary to seek further, independent, expert evidence, in which case that evidence is promptly shared with both parties, who are given an opportunity to respond to it before the Commission's decision is finalised.

All of the Commission's reasons for its decisions (other than those that merely adopt the reasons of MPIC's Internal Review Officer) are available through QuickLaw, which is a Canadian company that maintains an electronic database of decisions rendered by courts and tribunals across the country. They are available on a commercial basis. This service should be of particular value to claimants, or representatives who appear at the Commission's hearings.

The Commission's decision is binding, subject only to a right of appeal to the Manitoba Court of Appeal on a point of law or a question of jurisdiction, and then only with prior leave from that court. There were seven applications for leave to appeal in the 2002/2003 year. The Court of

Appeal denied Leave to Appeal for five of the applications and granted two. On hearing the appeal, the court dismissed one of the cases. The other is still pending. Only five applications for leave to appeal to the court have been successful over the Commission's nine years of operation.

Approximately 35% of appeals heard during the year succeeded in whole or in part.

Significant Decisions

1. The appellant appealed a decision of MPIC's Internal Review Office with respect to the following issues: whether the current problems with the Appellant's knees were as a result of the accident; entitlement to Personal Injury Protection Plan benefits for ongoing treatment of the knee condition; whether the Appellant was properly classified as a "non-earner" for income replacement indemnity (IRI) purposes; whether the Appellant was incorrectly denied a 180-day determination and whether the Appellant was entitled to IRI at any time since the 181st day after the accident.

   The appellant was a passenger in a car, which collided at highway speed with a deer. The appellant testified that a day or two following the accident, while stepping out of a van, she felt a snap in her right knee. She further testified that subsequent to the accident she had pain and disability to her knees, had difficulty walking, particularly up and down stairs and is unable to kneel or squat. As a result of the accident, the Appellant states she is unable to operate her business.

   The Commission heard oral testimony from two physicians who stated that the motor vehicle injuries to the Appellant's knees either caused the development of osteoarthritis or materially contributed to the acceleration of osteoarthritis and that the motor vehicle injuries to the Appellant's knees caused a meniscal tear. In addition, the Commission considered written reports from one physician who was of the view that the degenerative osteoarthritis was not caused or aggravated by the accident but does not provide reasons for that assessment. The physician stated that the meniscal tear could have happened at the time of the motor vehicle accident. The Commission also considered the written reports of another physician who, based on a review of all the medical reports available, concluded that neither the osteoarthritic findings nor the meniscal tear were as a direct result of the motor vehicle accident.

   Having regard to the totality of the medical evidence, the Commission found that on the balance of probabilities, the meniscal tear to the Appellant's right knee and the degenerative arthrosis suffered in both knees was caused by the motor vehicle accident. The Commission also found that, in the alternative, if the Appellant had a pre-existing condition of osteoarthritis, then the motor vehicle injuries in question materially contributed to the acceleration of the osteoarthritis and therefore fell within the definition of "bodily injury caused by an automobile". The Commission therefore directed MPIC to reimburse the Appellant in respect of the cost of all paramedical care in respect of the injuries sustained in the motor vehicle accident.

Next, the Commission had to determine whether the Appellant was properly classified as a "non-earner" for income replacement indemnity (IRI) purposes. The effect of this classification is that the Appellant would not be entitled to IRI during the first 180-days following the motor vehicle accident.

MPIC, having reviewed the Appellant's work history, found that it was the Appellant's husband who reported the income from the business. The Internal Review Officer found that minimal income was reported in one year and a loss was reported in another year. MPIC held that there was no evidence that the Appellant had held remunerative employment and therefore classified the Appellant as a non-earner.

The Appellant testified that although she was a joint partner with her husband in the business, she operated the business on a full-time basis and received incidental assistance from her husband.

The Commission found that the income generated by the business was earned solely by the Appellant and that the Appellant was a full-time earner within the meaning of the MPIC Act. The Commission further stated that the MPIC Act does not set out a minimum amount of business income that a claimant must satisfy in order to be classified as a full-time earner and in order to be entitled to IRI benefits. The Commission noted that neither the Commission nor MPIC are bound by the Income Tax Act in determining how to allocate business income in a partnership. The Commission noted that MPIC had not had the opportunity to determine the amount of IRI benefits which the Appellant would be entitled to under the legislation and directed that the matter be referred back to MPIC for determination.

2. The appellant appealed a decision of MPIC's Internal Review Office which determined the appellant capable of holding employment as a "Supervisor - Fabric, Fur and Leather Products Manufacturing" and which terminated Income Replacement Indemnity (IRI) benefits on August 30, 2002.

The appellant fell on an icy street while trying to avoid being struck by an approaching car. Injuries were sustained to his left shoulder and both wrists. This rendered him unable to operate the machinery where he had been employed for many years. Despite ongoing rehabilitation efforts, it was determined that the appellant would not be able to return to full-time hours at his place of employment.

The appellant underwent a Functional Capacity Assessment to determine his functional ability and to assist in determining suitable alternative employment. The assessment stated that the appellant had consistent difficulty with tasks requiring fine motor skills due to pain and numbness in both wrists and hands. It concluded that the appellant demonstrated the ability to work full-time in a medium strength occupation with restricted fine motor capabilities. A Transferable Skills Analysis was then conducted to assess the appellant's skills and abilities with respect to suitable alternative employment. It was determined that the appellant met the requirements necessary to be considered suitable for the position

"Supervisor - Fabric, Fur and Leather Products Manufacturing". MPIC advised the appellant that he had one year to locate employment and that his IRI benefits would end on August 30, 2002.

The appellant testified that, from previous experience, supervisors were required to carry out the duties of a working foreman including cutting, spreading and bundling fabric, and often lifting heavy bolts of material. This was confirmed by the testimony of a foreman in the garment industry, by way of a letter from the appellant's employer at the time of the accident, a letter from a previous employer, as well as a letter from a prospective employer. The appellant stated that he was not physically capable, nor did he have the manual dexterity to act as a supervisor in the garment industry.

The Commission found that the evidence presented to it established that the supervisor position is required to take a hands-on approach to the supervision of workers. As such, the Commission found that the appellant did not have the physical capacity or the manual dexterity to meet the requirements of the position and that MPIC did not make a correct two-year determination as to the nature of employment given the appellant's injuries. The Commission therefore determined that IRI benefits were to be reinstated as of August 30, 2002 with interest, and it retained jurisdiction in the matter should the parties be unable to agree on the amount of compensation.

3. The appellant appealed a decision of MPIC's Internal Review Office with respect to entitlement to reimbursement for having a contractor complete home repairs and annual maintenance type projects.

MPIC accepted that the work was required to be done and that the injuries the appellant sustained in the motor vehicle accident prevented him from doing the work personally. However, MPIC rejected reimbursement of the contractors' costs to the appellant stating that these projects were not "necessary or advisable for the rehabilitation of the appellant" pursuant to the MPIC Act and Regulations and that there is no provision under the MPIC Act for the cost of the projects.

The appellant's legal counsel advanced the argument that since the appellant would be doing all the work on the family home as set out in the claim without remuneration, this constituted a family enterprise within the meaning of Section 135 of the Act and that therefore, he was entitled to reimbursement for the contractors' costs. Counsel referred to two cases in respect of the meaning of the term 'family enterprise'.

In reply, legal counsel for MPIC referred to a previous decision of the Commission wherein the Commission found that in the context of the MPIC Act, the term 'family enterprise' necessarily implies that the enterprise has some commercial, financial or agricultural objective – none of which, they suggested was present in this case.

The Commission found that the issue that required determination in this case was wholly different from the issues that the courts were required to deal with in the cases referred to by

the appellant's legal counsel. The Commission agreed with the decision cited by MPIC in respect of the interpretation of the term 'family enterprise' and found that the appellant in this case was not involved in a commercial or financial enterprise with other members of his family within the meaning of Section 135 of the Act with respect to the work performed on his home. The Commission concluded that, although sympathetic to the appellant's position in this appeal, there is no provision in the Act or Regulations which require MPIC to reimburse the appellant for the contracting expenses incurred. The appeal was dismissed and MPIC's decision was confirmed.

4. In this case, the appellant appealed a decision with respect to permanent impairment benefits.

   The appellant was involved in a motor vehicle accident and sustained significant whiplash, neck and back injuries, as well as a significant chest injury involving multiple rib fractures. In its decision, the Internal Review Officer notes that there were 9 or 10 rib fractures. MPIC determined the appellant's entitlement to be .5% of the legislated maximum award for minor alteration in cerebral tissue following a concussion and .5% for misalignment of rib fracture.

   The appellant stated that the award of 0.5% in respect of the permanent impairment relating to the ten displaced rib fractures was unfair and unreasonable and that compensation should be 0.5% in respect of each of the ten ribs which were fractured and displaced as a result of the motor vehicle accident.

   MPIC's representative submitted that the language used in the legislation is clear and unambiguous - it provides for 0.5% for all of the rib fractures suffered and does not provide for 0.5% for each of the rib fractures.

   In its decision, the Commission stated that it is required to interpret a statute or regulation by giving effect to the plain and ordinary meaning of the language. It stated that only if the language is unclear and/or ambiguous, or if the normal or ordinary meaning of the words in the statute or regulation could result in an absurdity, that the Commission would not be required to interpret it in its normal or ordinary sense. The Commission concluded that the Appellant's interpretation of the words used in the legislation - rib fractures - is correct since it is consistent with the ordinary meaning of the words. The Commission further found that to accept MPIC's interpretation of the words "rib fractures", as set out in the Regulations, would lead to an unjust and unreasonable result. Having regard to MPIC's interpretation of the Regulation, although it determined that the appellant did sustain ten displaced rib fractures, such an interpretation would amount to the appellant receiving the same amount as if she had suffered from only one displaced rib fracture. The Commission stated that the appellant suffered greatly from a significant permanent impairment because of ten displaced rib fractures and, as a result, the degree of her permanent impairment should be reflected in the amount of indemnification she received. The Commission ordered that the appellant be compensated for permanent impairment on the basis of 0.5% for each of the ten displaced rib fractures together with interest to the date of payment.

5. The appellant appealed a decision of MPIC's Internal Review Office terminating all Personal Injury Protection Plan benefits.

The appellant sustained multiple bodily injuries in a single vehicle accident. As a result of the injuries, the appellant was unable to continue employment and received Income Replacement Indemnity benefits, Permanent Impairment benefits and reimbursement for therapeutic treatments. MPIC terminated the benefits on the basis that the appellant knowingly provided false or inaccurate information to MPIC regarding travel/mileage expenses. MPIC found a significant pattern of overclaiming of travel expenses that did not, in MPIC's view, support inadvertence or carelessness in the recording of the actual distances travelled.

The appellant stated that he did not knowingly provide false or inaccurate information to MPIC. He was required to travel to Winnipeg to attend to medical appointments and to obtain treatment in respect of his injuries. While in Winnipeg, he would also travel to the gymnasium, restaurants and public washrooms due to his physical problems. He stated he was unaware that he was required to record the exact mileage of his return trips from his residence in rural Manitoba to the specific medical locations in Winnipeg. As a result, when completing the applications for compensation for travel allowances, he estimated the distances of return trips and included in them attendances to the other locations. He stated that at no time prior to the termination of his benefits was he advised by MPIC that he was violating MPIC's travel allowance policy.

MPIC attacked the appellant's credibility in respect of a submission made by his legal counsel at the Internal Review hearing. MPIC submitted that the appellant attempted to mislead the Internal Review Officer by suggesting that his automobile speedometer was defective thereby affecting the accuracy of the odometer readings. MPIC called a witness to testify that a faulty speedometer could cause the odometer readings to record fewer kilometres than were actually travelled. When questioned by the Commission, the witness acknowledged that a defective speedometer could also record greater kilometres than were actually travelled.

MPIC suggested that the appellant knew that a faulty speedometer could only have adversely affected an odometer by recording lower distances than were actually travelled. MPIC stated that the appellant had never suggested to the Internal Review Officer that he did not know MPIC's policy that mileage was to be calculated only to the specific medical locations and that by changing his argument before the Commission MPIC submitted that the appellant was therefore not credible.

The Commission rejected MPIC's submission that the appellant's credibility was adversely affected by the untimely explanation provided by the appellant to the Commission. The appeal before the Commission is a Trial de Novo, and the appellant is entitled to raise any issues he wishes in his defence. In this case, and given the evidence by MPIC's witness, the Commission found that the appellant's decision not to pursue the defence at the appeal hearing did not adversely affect the appellant's credibility.

The Commission found that there was insufficient evidence to establish, on the balance of probabilities, that the appellant knowingly provided false or inaccurate information to MPIC that would justify MPIC in terminating his benefits. The Commission found that once the

appellant had made the initial estimate of the return trip between his home and the medical appointments, including in the estimate the other locations, it would not have been unusual for him to repeat the same or similar estimates in respect of future trips of a similar nature when completing new claims for reimbursement of travel expenses. It also found that MPIC had failed to give reasonable notice of its intention to terminate the benefits. The Commission found that until MPIC gave such notice and gave the appellant reasonable opportunity to respond to the notice, MPIC could not terminate those benefits.

The Commission directed that the appellant's benefits be reinstated from the date of termination, with interest to the date of payment and retained jurisdiction should the parties be unable to agree as to the amount of Personal Injury Protection Plan benefits.

6. In this case, the appellant appealed a decision in which MPIC denied the appellant's claim for travel expenses.

The appellant suffered multiple injuries and underwent an extensive rehabilitation program after the motor vehicle accident. He was unable to resume his former employment as a result of the injuries. Prior to the accident, the appellant was only required to travel a few kilometres each day to work and did not incur any significant travel expenses to attend work. Following the extensive rehabilitation program, the appellant was not able to find suitable employment in his home town but did find employment in a town located some 50 kilometres away from home. As a result, the appellant travelled to work over 100 kilometres each day, 5 days a week. The appellant stated that due to the increasing price of gas, the expenses incurred in order to travel to and from work had become a financial hardship for him. The appellant suggested that section 138 of the MPIC Act states that MPIC has the power to take any measure it considers necessary and advisable to facilitate the victim's reintegration into society and the labour market. He submitted that the rehabilitation provisions in the section were of sufficient scope to permit MPIC to reimburse the appellant for his gasoline expense in order to permit him to travel to and from his place of employment.

MPIC submitted that there was no provision in the Act or Regulations to authorize them to pay the travel expenses. MPIC stated that section 10(1) of Manitoba Regulation 40/94 sets out the 'rehabilitation' measures that MPIC can undertake and that, because section 138 does not expand the scope of the rehabilitation measures, the appellant's travel costs cannot be considered. MPIC further submitted that the words in section 138 must be read conjunctively. MPIC stated that since the appellant's request for reimbursement of the cost of travel expenses related only to the compensation for an economic loss and did not relate to any rehabilitation measure in respect of a disability resulting from bodily injury, the Commission must reject the request for compensation.

The Commission agreed that the appellant's claim did not succeed under section 10(1) of Regulation 40/94. However, it stated that the meaning of 'rehabilitation' in section 138 of the Act has a wider meaning than the specific measures addressed in section 10(1) of the Regulation. The Commission determined that the word 'rehabilitation' in Section 138

includes rehabilitation measures for the purpose of restoring a victim's health, and also for the purpose of assisting the victim economically. The Commission found that MPIC's interpretation of these provisions was too narrow to achieve the purpose and intent of the legislation. It rejected MPIC's interpretation as not being harmonious with the object and scheme of the statute and therefore concluded that the provisions of section 138 must be read disjunctively. The Commission directed that MPIC reimburse the appellant for the cost of gasoline for travelling by automobile to and from his place of employment, together with interest.

7. The appellant appealed a decision of MPIC's Internal Review Office with respect to entitlement to reimbursement for treatment benefits and entitlement to Income Replacement Indemnity (IRI) benefits.

The appellant was picketing during a lawful strike when she came into contact with an automobile. While attempting to proceed slowly through the picket line, the automobile bumped into the appellant's left leg and as a result she either fell or was thrown onto the hood of the car. The appellant jumped off the automobile and approached the driver's side requesting that the driver leave the vehicle. The driver did not respond to the request so the appellant decided to make a citizen's arrest. As the car door was locked, the appellant reached into the automobile and grabbed the driver's coat with her right hand in order to detain him until police arrived. The window on the driver's side was then raised and the vehicle commenced moving forward, dragging the appellant for a short distance. The vehicle then stopped and the appellant was able to remove her arm from the automobile. The appellant complained of bodily injuries arising out of the accident. The incident was videotaped by on-site security personnel. A copy of the videotape was provided to the Commission and was viewed at the hearing.

MPIC argued that the appellant was not involved in an "accident" within the meaning of the Act. MPIC further argued that by inserting her arm into the automobile and grabbing the driver, the appellant suffered bodily injuries that were the direct result of an accident wilfully caused by her and that the Act disentitled her to any compensation pursuant to section 79(1) of the MPIC Act. MPIC asserted that therefore, the Commission did not have jurisdiction to hear and determine the merits of the appeal.

After reviewing numerous decisions from the Court of Appeal on this issue, the Commission determined that this was in fact an "accident" within the meaning of the Act as there was a clear and consequential connection between the automobile and the injuries. The Commission noted that in determining whether the appellant wilfully caused her injuries, it was required to determine the appellant's motive when she suffered the injuries arising out of the motor vehicle accident. The Commission found that when exercising her right to picket, the purpose was to persuade the public not to enter the premises, not to cause harm to herself. The Commission found that when the appellant inserted her arm into the vehicle, it was for the purpose of making a citizen's arrest, not for the purpose of harming herself. Although she may have been negligent in her actions, she was not acting wilfully within the meaning of section 70(1) of the Act.

MPIC argued that the bodily injuries suffered by the appellant were not serious enough to warrant receiving IRI benefits and reimbursement for chiropractic treatments. MPIC stated that the appellant's injuries were minimal and likely consisted of some bruising and strain and would have resolved in one or two weeks without any treatment.

The appellant submitted that the Internal Review Officer erred in minimizing the significance of the automobile accident and in rejecting a report which states the appellant was dragged for several meters.

The Commission found that the appellant was a credible witness and gave her evidence in a direct and candid manner. Having regard to the opinions of three medical physicians together with the opinions of two chiropractors, the Commission found that on the balance of probabilities, the medical opinions corroborated the testimony of the appellant as to the nature of the injuries sustained, the pain and disabilities these injuries caused, the need for treatment and the appellant's resulting inability to return to work. The Commission gave greater weight to those reports than to the two reports that did not support the appellant's position.

The Commission therefore directed that MPIC reimburse the appellant in respect of treatment costs which were medically required and pay IRI benefits from the statutory waiting period following the accident together with interest.

8. In this case, the appellant appealed a decision in which MPIC denied the appellant's claim for chiropractic treatment benefits.

The appellant sustained injuries in a motor vehicle accident. The following day he attended a chiropractor. His primary complaints at the time included neck pain and stiffness, as well as pain between his shoulder blades, with some discomfort radiating into his lower back. At the time of the accident, the appellant was on strike but subsequently returned to work once the strike was settled. After his return to work, there was an increase in the pain and stiffness to his neck and upper back. At the appeal hearing, the appellant stated that he had never suffered from any pain or stiffness to his neck or upper mid-back until the motor vehicle accident occurred. In a report provided to MPIC, the appellant's chiropractor stated that his symptoms were a direct result of injuries sustained in the accident and that the appellant required additional chiropractic treatments.

MPIC had the chiropractor's report reviewed by their Health Care Services team who concluded that there was not sufficient evidence to establish that, on a balance of probabilities, the appellant's symptoms were the result of the car accident. The Health Care Services team further states that the appellant's symptoms were more probably related to his return to work following a prolonged break from those duties. The MPIC Internal Review Officer upheld the case manager's decision not to fund any further chiropractic treatments.

The Commission found that MPIC failed to consider whether there was a combination of causes which materially contributed to the symptoms the appellant was suffering at the time and whether the injuries sustained in the motor vehicle accident materially contributed to

those symptoms. Having reviewed the evidence, the Commission found that on the balance of probabilities, the appellant's onset of neck and interscapular pain after returning to work was caused not only by the reintegration into the workforce but also by the injuries sustained in the motor vehicle accident. Accordingly, the Commission concluded that MPIC was not justified in refusing to reimburse the appellant the cost of the chiropractic treatments in question. The Commission determined that the appellant was entitled to reimbursement of chiropractic treatments for as long as the treatments were medically required. The matter was referred back to MPIC's case manager for determination of the duration of the entitlement and a determination of what expenses the appellant was entitled to for reimbursement.

The Commission's decisions can be appealed to the Court of Appeal but only on questions of law or jurisdiction. The following are examples of where the appellant sought leave to appeal the Commission's decision.

1. The appellant appealed a decision of MPIC's Internal Review Office which terminated the appellant's entitlement to Income Replacement Indemnity benefits and her entitlement to treatment benefits.

   The appellant had been involved in a number of motor vehicle accidents since 1989 and had a history of chronic and severe asthma dating back to childhood. The issue to be determined was whether or not there existed a causal connection between the appellant's current condition and the motor vehicle accidents that had taken place since 1994. The appellant suffered from three disabling conditions: asthma, depression and chronic soft tissue pain syndrome. Numerous medical reports by various physicians were submitted dealing with the appellant's medical conditions.

   The Commission found that as a result of the asthma, the depression and the chronic soft tissue pain syndrome, the appellant had a physical and psychological impairment of function which in turn disabled her from performing any occupational duties. However, after a careful review of all of the relevant information made available to it, the Commission was unable to establish a causal connection between these ongoing conditions and the motor vehicle accidents. Although the appellant may have initially been unable to return to work after the 1997 motor vehicle accident due to the injuries resulting from that accident, the Commission found that certainly some three years later, the effects of those injuries had been taken over by her asthmatic condition and its effects, to the extent that the asthma was, and continued to be, the primary disabling condition. The Commission found that it was the asthma that lead to the appellant's inability to participate in a rehabilitation program, that perpetuated the deconditioned physical state and chronic soft tissue pain syndrome and that in turn lead to continued depression. Accordingly, the Commission dismissed the appeal and confirmed MPIC's decision.

The appellant made Application for Leave to the Court of Appeal. Leave to appeal was granted on the sole basis of whether there was in fact any evidence upon which the Commission could reach the decision that benefits to the appellant should terminate.

The Manitoba Court of Appeal found that there in fact was evidence to support the Commission's conclusion and subsequently dismissed the appeal.

2. The appellant appealed a decision of MPIC's Internal Review Office which terminated the appellant's entitlement to Income Replacement Indemnity benefits.

The appellant sustained soft tissue injuries to her neck and back as a result of a motor vehicle accident. At the time she was employed on a full-time basis. The appellant was referred to a comprehensive physical reconditioning, work hardening and graduated return-to-work program. The appellant was able to complete job duties during the work trial but reported increased muscle soreness.

The appellant submitted that she was not capable of returning to her job when MPIC determined that she could. She argued that there had been changes to her spine since the motor vehicle accident, as documented in x-rays, and that there was a causal connection between these changes, the accident and her ongoing complaints of pain. The appellant argued that the termination of IRI benefits was premature.

The representative for MPIC argued that the appellant was capable of returning to work at the time the decision was made to terminate her IRI. MPIC submitted that the objective evidence of the physiotherapist and the rehabilitation consultant demonstrated that the appellant was capable of returning to work. MPIC argued that the fact that the appellant may have had some pain should not prevent her from returning to her occupational duties. MPIC added that there may have been a number of additional factors, including pregnancies and a work related injury, which would have contributed to the symptoms that the appellant complained of.

The Commission noted that the appellant had progressed through a reconditioning/work hardening program and successfully completed a graduated return-to-work program. It also noted that the objective evidence at the time, including an independent medical examination, was that she was capable of returning to her employment. Upon consideration of the totality of the evidence, the Commission found that the appellant was able to hold the employment that she had held at the time of the accident. Consequently, the Commission found that MPIC had properly terminated the appellant's entitlement to IRI benefits.

The appellant made Application for Leave to the Court of Appeal on the grounds that the Commission erred in law in finding that the appellant was capable of returning to full time employment and therefore was not entitled to IRI benefits. In dismissing the application for leave, the Court of Appeal found that the appellant's disagreement was clearly with the Commission's analysis of the evidence and findings, and not a question of law.

Commission d'appel
des accidents de la route

Rapport Annuel
2002-2003

Manitoba

Commission d'appel
des accidents de la route

Rapport Annuel
2002-2003

Manitoba

Manitoba

Commission d'appel
des accidents de la route

330, avenue Portage
Bureau 1720
Winnipeg (Manitoba) CANADA
R3C 0C4

Téléphone : (204) 945-4155
Sans-frais : 1-800-282-8069
FAX : (204) 948-2402

Monsieur Greg Selinger
Ministre des Finances
Bureau 103
Palais législatif
450, Broadway
Winnipeg (Manitoba) R3C OV8

Monsieur le ministre,

En vertu du paragraphe 180(1) de la *Loi sur la Société d'assurance publique du Manitoba*, dans les six mois qui suivent la fin d'un exercice, le commissaire en chef présente au ministre un rapport annuel concernant l'exercice des pouvoirs et des fonctions conférés à la Commission. Ce rapport fait état des décisions importantes de la Commission et des motifs de ces décisions.

J'ai l'honneur de vous présenter le présent Rapport annuel de la Commission des accidents de la route pour l'exercice terminé le 31 mars 2003, qui fait état des décisions importantes rendues au cours de cet exercice.

Veuillez agréez, Monsieur le ministre, l'expression de toute ma considération.

LE COMMISSAIRE EN CHEF,

MEL MYERS, c. r.

RAPPORT ANNUEL DE LA COMMISSION D'APPEL DES ACCIDENTS DE LA ROUTE POUR L'EXERCICE 2002-2003

Généralités

La Commission d'appel des accidents de la route (la Commission) est un tribunal spécialisé chargé d'entendre les appels interjetés relativement aux demandes d'indemnisation présentées en vertu du Régime de protection contre les préjudices personnels (RPPP) de la Société d'assurance publique du Manitoba (SAPM), connu couramment sous le nom de « programme d'assurance sans égard à la responsabilité ».

La Commission a été constituée sous le régime de la *Loi sur la Société d'assurance publique du Manitoba* (la Loi), qui prévoit notamment les pouvoirs et les attributions de la Commission en ce qui concerne le traitement des appels.

L'exercice 2002-2003 marquait la neuvième année complète de fonctionnement de la Commission, qui compte maintenant un personnel de seize personnes : deux commissaires à temps plein, dix commissaires en temps partiel, un directeur, un agent des appels, une secrétaire affectée au service du commissaire en chef et un adjoint administratif. En 2002-2003, la Commission a été saisie de 164 appels de particuliers portant sur 197 décisions de la SAPM. En 2001-2002, par comparaison, elle avait été saisie de 135 appels portant sur 147 décisions de la SAPM. La plupart des appels entendus pendant l'exercice 2002-2003 avaient trait à des blessures subies au cours d'années précédentes, certaines remontant à 1994. Dans bien des cas, les dossiers correspondants deviennent chaque année plus volumineux et plus longs à examiner. Cet état de choses est attribuable en partie au fait que les demandeurs qui subissent des blessures relativement graves peuvent recevoir des indemnités de remplacement du revenu, des remboursements des traitements médicaux et d'autres prestations de la SAPM pendant assez longtemps si l'assureur ne conteste pas sa responsabilité initiale. Dans ces cas, c'est uniquement lorsque la SAPM décide de mettre fin aux prestations qu'est parfois mis en branle le processus d'appel.

Processus d'appel

Les demandeurs qui ont subi un préjudice personnel attribuable à un accident de la route et qui s'estiment lésés par une décision de la Société d'assurance publique du Manitoba doivent faire revoir la décision en question par l'agent de révision interne de la Société avant d'interjeter appel devant la Commission. Les demandeurs ont 60 jours pour demander une révision de la décision.

L'agent de révision interne rend sa décision par écrit et fournit les motifs correspondants. Le demandeur qui n'est toujours pas satisfait peut alors déposer un avis d'appel devant la Commission dans les 90 jours de la décision révisée. Les droits d'appel des demandeurs leur sont expliqués par écrit à chaque étape du traitement de la demande d'indemnisation.

La Commission peut prolonger le délai pour le dépôt des appels. La Commission a accordé des prolongations aux demandeurs qui n'ont pas respecté le délai prescrit de 90 jours mais qui ont fourni des raisons convaincantes. Elle entend continuer à prendre en considération les demandes

raisonnables.

Dès qu'elle reçoit un avis d'appel, la Commission obtient le dossier complet de l'appelant de la SAPM. Le personnel de la Commission examine le dossier et, d'après les questions soulevées par l'appel, crée un index de tous les éléments importants. Une copie des documents indexés est fournie aux deux parties. Une date est alors fixée pour l'audition de l'appel. La Commission s'efforce d'entendre l'appel le plus rapidement possible tout en cherchant à concilier les besoins de l'appelant et de la SAPM. Afin d'éviter les ajournements de dernière minute, la Commission a adopté comme règle de ne fixer la date de l'audience que quand les deux parties ont confirmé leur intention de ne pas produire d'autres renseignements médicaux ou rapports écrits.

Un comité de trois commissaires, ce qui constitue le quorum que prévoit la Loi, entend les appels. Il y a eu 118 audiences pendant l'exercice 2002-2003, comparativement à 74 en 2001-2002. Les audiences se tiennent de façon informelle, la plupart des appelants ne se faisant pas représenter par un conseiller juridique. La Commission n'est pas liée par les règles de la preuve que suivent les tribunaux. Il est parfois arrivé que les commissaires tiennent, avec l'approbation des deux parties, des audiences par téléconférence, à l'aide d'un téléphone à haut parleur installé dans la salle d'audience afin de permettre à toutes les personnes intéressées de communiquer librement entre elles, lorsqu'un appelant demeurait ou travaillait à une certaine distance de Winnipeg. Cette façon de faire se révèle particulièrement utile lorsqu'il y a peu de faits pertinents, voire aucun, qui font l'objet d'une contestation et qu'il n'est donc pas nécessaire que le comité apprécie la preuve et détermine la crédibilité. Les conférences téléphoniques offrent l'avantage d'éliminer les frais qu'il faudrait engager pour faire venir l'appelant en ville (parfois de très loin) ou pour faire déplacer tout le comité jusqu'à l'endroit où vit l'appelant. S'il devient évident, au cours d'une audience téléphonique, que la Commission doive voir un ou plusieurs témoins, l'audience est ajournée dans cette intention.

Les appelants et la SAPM peuvent présenter à l'audience de nouveaux éléments de preuve, soit par écrit, soit sous la forme de témoignages verbaux. En pareil cas toutefois, la partie qui présente les nouveaux éléments de preuve a l'obligation de les communiquer à l'autre partie dans un délai raisonnable avant l'audience. Les commissaires apprécient la preuve et les arguments des deux parties pour en arriver à leur décision.

Après l'audience, la Commission rend sa décision en conformité avec la Loi. Celle-ci prévoit que la Commission peut, selon le cas :

a) confirmer, modifier ou rescinder la décision de la SAPM;
b) rendre toute décision que la SAPM aurait pu rendre.

Les décisions, accompagnées des motifs à leur appui, sont normalement communiquées par écrit à l'appelant et à la SAPM. Les décisions peuvent parfois être retardées lorsque les commissaires jugent nécessaire de demander d'autres témoignages d'experts indépendants. Dans de tels cas, ces témoignages sont communiqués rapidement aux deux parties, qui ont la possibilité de réagir avant que la Commission ne rende sa décision définitive.

Tous les motifs des décisions de la Commission (à part les motifs qui ne font que corroborer ceux de l'agent de révision interne de la SAPM) sont désormais accessibles par l'entremise de

QuickLaw, compagnie canadienne qui maintient une base de données électroniques des décisions des tribunaux et des cours de tout le pays. Ces décisions sont accessibles en contrepartie du paiement d'un droit. Ce service devrait être particulièrement utile aux demandeurs et aux représentants qui plaident aux audiences de la Commission.

La décision de la Commission est obligatoire. Seules les questions de droit ou de compétence peuvent faire l'objet d'un appel à la Cour d'appel du Manitoba et ce, uniquement avec l'autorisation de cette dernière. Sept demandes d'autorisation d'appel ont été présentées à la Cour pendant l'exercice 2002-2003. La Cour d'appel en a refusé cinq et accepté deux. À l'audition de l'appel, la Cour a rejeté une des causes. L'autre est encore pendante. Au cours des neuf années de fonctionnement de la Commission, seulement cinq demandes d'autorisation d'appel ont été acceptées par la Cour.

Environ 35 % des appelants entendus au cours de l'exercice ont obtenu gain de cause, en tout ou en partie.

Décisions importantes

1. L'appelante a interjeté appel d'une décision du Bureau de révision interne de la SAPM sur les questions suivantes : si les problèmes de genou dont elle souffrait actuellement résultaient de l'accident; son admissibilité aux indemnités du Régime de protection contre les préjudices personnels pour le traitement continu du genou; si elle avait été considérée à juste titre comme un « non-soutien de famille » pour les besoins de l'indemnité de remplacement du revenu (IRR); si on lui avait refusé à tort une détermination de 180 jours et si elle avait eu droit à une IRR à un moment quelconque depuis le 181^{e} jour après l'accident.

   L'appelante était passagère dans une voiture qui a frappé un chevreuil. La voiture roulait alors à pleine vitesse de route. L'appelante a témoigné qu'un jour ou deux après l'accident, en descendant d'une fourgonnette, elle avait senti un claquement dans son genou droit. Elle a également témoigné que par suite de l'accident, elle avait de la douleur et une déficience dans ses genoux, avait de la difficulté à marcher, particulièrement à monter et descendre les escaliers, et était incapable de s'agenouiller et de s'accroupir. L'appelante a déclaré qu'à cause de l'accident, elle était incapable d'exploiter son entreprise.

   La Commission a entendu le témoignage verbal de deux médecins qui ont déclaré que les blessures aux genoux subies par l'appelante dans l'accident de voiture avaient soit provoqué l'arthrose soit nettement contribué à l'accélération de l'arthrose et que les blessures que l'appelante avaient subies aux genoux dans l'accident d'automobile avaient causé une déchirure méniscale. La Commission a aussi considéré les rapports écrits d'un médecin qui était d'avis que l'arthrose dégénérative n'avait pas été causée ou aggravée par l'accident mais qui ne donnait pas de raisons pour cette opinion. Le médecin déclarait qu'il était possible que la déchirure méniscale soit survenue au moment de l'accident d'automobile. La Commission a aussi tenu compte des rapports écrits d'un autre médecin qui, en se fondant sur tous les rapports médicaux existants, avait conclu que ni l'arthrose ni la déchirure méniscale n'étaient le résultat direct de l'accident d'automobile.

Après avoir considéré la totalité de la preuve médicale, la Commission a déclaré que la déchirure méniscale au genou droit de l'appelante et l'arthrose dégénérative dont elle souffrait aux deux genoux avaient, selon la prépondérance des probabilités, été causées par l'accident d'automobile. La Commission a aussi déclaré, subsidiairement, que si l'appelante avait un problème d'arthrose préexistant, les blessures subies dans l'accident d'automobile en question avaient nettement contribué à l'accélération de l'arthrose et entraient donc dans la définition de « dommage corporel causé par une automobile ». Par conséquent, la Commission a ordonné à la SAPM de rembourser à l'appelante le coût de tous les traitements paramédicaux relatifs aux blessures subies dans l'accident d'automobile.

La Commission devait ensuite déterminer si l'appelante avait été placée à juste titre dans la catégorie de « non-soutien de famille » pour les besoins de l'indemnité de remplacement du revenu (IRR). L'effet de cette classification est que l'appelante n'a pas droit à l'IRR durant les 180 premiers jours qui suivent l'accident d'automobile.

La SAPM, en examinant les antécédents de travail de l'appelante, avait constaté que c'était le mari de l'appelante qui déclarait les revenus de l'entreprise. L'agent de révision interne a établi qu'un revenu minime avait été déclaré une année et une perte une autre année. La SAPM a soutenu qu'il n'y avait pas de preuve que l'appelante avait occupé un emploi rémunéré et a donc qualifié l'appelante de non-soutien de famille.

L'appelante a témoigné que bien qu'elle et son mari aient été coassociés dans l'entreprise, c'était elle qui exploitait l'entreprise à temps plein et qu'elle recevait une aide incidente de son mari.

La Commission a déclaré que le revenu produit par l'entreprise était gagné uniquement par l'appelante et que l'appelante était un soutien de famille à temps plein aux termes de la Loi. La Commission a aussi déclaré que la Loi n'établit pas de montant minimum de revenu d'entreprise qu'un demandeur doit gagner afin d'être considéré comme un soutien de famille à temps plein et afin d'être admissible à l'IRR. La Commission a indiqué que ni la Commission ni la SAPM n'étaient liées par la *Loi de l'impôt sur le revenu* pour déterminer la répartition des revenus d'entreprise dans une société de personnes. La Commission a indiqué que la SAPM n'avait pas eu l'occasion de déterminer le montant de l'indemnité de remplacement du revenu à laquelle l'appelante aurait droit en vertu de la Loi et a ordonné que l'affaire soit renvoyée à la SAPM à cette fin.

2. L'appelant a interjeté appel d'une décision du Bureau de révision interne de la SAPM, qui l'avait jugé capable d'occuper l'emploi de « surveillant dans la confection d'articles en tissu, en cuir et en fourrure » et avait mis fin à ses indemnités de remplacement du revenu le 30 août 2002.

L'appelant était tombé dans une rue glacée en tentant d'éviter d'être frappé par une voiture qui approchait. Il s'était blessé à l'épaule gauche et aux deux poignets. Ces blessures l'ont rendu incapable de manœuvrer l'outillage de l'emploi qu'il occupait depuis de nombreuses

années. Malgré des tentatives de réadaptation continues, il a été déterminé que l'appelant ne serait pas capable de retourner à un travail à temps plein à son lieu de travail.

L'appelant a subi une évaluation de ses capacités fonctionnelles, pour aider à déterminer quel autre emploi lui conviendrait. Cette évaluation a établi qu'il avait de la difficulté chaque fois qu'il devait accomplir des tâches de motricité fine à cause de douleur et d'engourdissement dans les deux poignets et les deux mains. La conclusion de l'évaluation a été que l'appelant avait la capacité de travailler à temps plein à un emploi requérant une force moyenne et une motricité fine limitée. L'appelant a ensuite subi une analyse des compétences polyvalentes en vue de déterminer ses aptitudes et capacités relativement à un autre emploi. On a déterminé que l'appelant satisfaisait aux conditions nécessaires pour être considéré apte au poste de « surveillant dans la confection d'articles en tissu, en cuir et en fourrure ». La SAPM a avisé l'appelant qu'il avait un an pour se trouver du travail et que son IRR cesserait le 30 août 2002.

L'appelant a témoigné que, d'après son expérience préalable, les surveillants étaient appelés à effectuer les tâches d'un contremaître actif, y compris couper, étendre et faire des paquets de tissu, et qu'ils devaient souvent soulever de lourds rouleaux de tissu. Ceci a été confirmé par le témoignage d'un contremaître de l'industrie du vêtement, sous la forme d'une lettre de l'employeur de l'appelant au moment de l'accident, d'une lettre d'un employeur antérieur, ainsi que d'une lettre d'un employeur éventuel. L'appelant a déclaré qu'il n'était pas physiquement capable de travailler comme surveillant dans l'industrie du vêtement et qu'il n'avait pas non plus la dextérité manuelle requise.

La Commission a déclaré que la preuve qui lui avait été présentée établissait que le poste de surveillant requérait de s'impliquer physiquement dans la surveillance des travailleurs. Par conséquent, la Commission a déclaré que l'appelant n'avait ni la capacité physique ni la dextérité manuelle requises pour satisfaire aux conditions du poste et qu'étant donné les blessures de l'appelant, la SAPM n'avait pas fait une bonne détermination de deux ans relativement à la nature du travail. La Commission a donc déclaré que l'IRR devait être rétablie à partir du 30 août 2002, avec intérêt, et elle est restée saisie de l'affaire au cas où les parties seraient incapables de s'entendre sur le montant de l'indemnisation.

3. L'appelant a interjeté appel d'une décision du Bureau de révision interne de la SAPM sur son droit à un remboursement du coût des réparations domiciliaires et travaux d'entretien annuels effectués par un entrepreneur.

La SAPM a accepté le fait que le travail devait être fait et que les blessures subies par l'appelant dans l'accident d'automobile l'empêchaient de faire le travail lui-même. Ceci dit, la SAPM a refusé de rembourser à l'appelant le coût des travaux exécutés par l'entrepreneur, déclarant que ces projets n'étaient pas « nécessaires ou indiqués pour la réadaptation de l'appelant » en vertu de la *Loi sur la Société d'assurance publique du Manitoba* et des règlements y afférents et que la Loi ne contenait pas de disposition sur le coût de ces travaux.

Le conseiller juridique de l'appelant a avancé l'argument que puisque l'appelant n'aurait pas été rémunéré pour faire tous les travaux sur la maison familiale indiqués dans la réclamation,

cela constituait une entreprise familiale aux termes de l'article 135 de la Loi et qu'il avait donc droit au remboursement du coût d'un entrepreneur. Le conseiller s'est référé à deux affaires pour le sens du terme « entreprise familiale ».

En réponse, le conseiller juridique de la SAPM s'est référé à une décision antérieure de la Commission dans laquelle la Commission avait déclaré que dans le contexte de la *Loi sur la Société d'assurance publique du Manitoba*, le terme « entreprise familiale » impliquait nécessairement que l'entreprise avait un objectif commercial, financier ou agricole, ce qui, d'après lui, n'était pas le cas ici.

La Commission a déclaré que la question à déterminer dans le cas présent était totalement différente des questions sur lesquelles les tribunaux avaient dû se prononcer dans les affaires citées par le conseiller juridique de l'appelant. La Commission a été d'accord avec la décision citée par la SAPM pour ce qui est de l'interprétation du terme « entreprise familiale » et a déclaré que dans le cas présent, l'appelant n'était pas impliqué dans une entreprise commerciale ou financière avec d'autres membres de sa famille aux termes de l'article 135 de la Loi pour ce qui était des travaux effectués sur sa maison. La Commission a conclu que, bien que sympathique à la position de l'appelant dans cet appel, il n'y avait pas de disposition dans la Loi ni dans les règlements qui obligeait la SAPM à rembourser à l'appelant le coût des travaux faits par un entrepreneur. La Commission a rejeté l'appel et confirmé la décision de la SAPM.

4. Dans le cas présent, l'appelante a interjeté appel d'une décision relative à l'indemnité de déficience permanente.

L'appelante avait eu un accident d'automobile et subi un coup de fouet cervical, de sérieuses blessures au cou et au dos, ainsi que de sérieuses blessures à la poitrine incluant de multiples fractures de côtes. Dans sa décision, l'agent de révision interne indique qu'elle a eu 9 ou 10 côtes fracturées. La SAPM a déterminé que l'appelante avait droit à 0,5 % de l'indemnité maximum prévue par la Loi pour altération mineure du tissu cérébral à la suite d'une commotion cérébrale et à 0,5 % pour fracture de côte déplacée.

L'appelante a soutenu que l'indemnité de 0,5 % pour la déficience permanente liée aux dix fractures de côte déplacées était injuste et déraisonnable et que l'indemnisation devrait être de 0,5 % pour chacune des dix côtes fracturées et déplacées à la suite de l'accident d'automobile.

Le représentant de la SAPM a fait valoir que le langage utilisé dans la loi est clair et non ambigu – il prévoit 0,5 % pour toutes les fractures de côte subies et ne prévoit pas 0,5 % pour chacune des fractures de côte.

Dans sa décision, la Commission a déclaré qu'elle était tenue d'interpréter une loi ou un règlement en donnant effet au sens simple et ordinaire du langage. Elle a déclaré qu'elle n'était pas tenue de donner au langage son sens normal ou ordinaire seulement si le langage était peu clair ou ambigu, ou si le sens normal ou ordinaire des mots utilisés dans la loi ou le règlement pouvait entraîner une absurdité. La Commission a conclu que l'interprétation faite

par l'appelante des mots utilisés dans la loi - fractures de côte – était juste puisqu'elle concordait avec le sens ordinaire des mots. La Commission a déclaré en outre qu'accepter l'interprétation de la SAPM des mots « fractures de côte » figurant dans les règlements mènerait à un résultat injuste et déraisonnable. En l'espèce, l'interprétation du règlement par la SAPM reviendrait à donner à l'appelante le même montant que si elle avait subi seulement une fracture déplacée d'une côte en dépit d'avoir déterminé que l'appelante avait bel et bien subi dix fractures de côte déplacées. La Commission a déclaré que l'appelante souffrait considérablement d'une déficience permanente appréciable à cause de dix fractures de côte déplacées et qu'en conséquent, le degré de sa déficience permanente devrait être reflété dans le montant de son indemnité. La Commission a ordonné que l'appelante soit indemnisée pour déficience permanente sur la base de 0,5 % pour chacune des dix fractures de côte déplacées plus intérêt jusqu'à la date du paiement.

5. L'appelant a interjeté appel d'une décision du Bureau de révision interne de la SAPM mettant fin à toutes ses prestations du Régime de protection contre les préjudices personnels.

L'appelant avait subi de multiples dommages corporels dans un accident impliquant un seul véhicule. À cause de ses blessures, il a été incapable de continuer de travailler et a reçu une indemnité de remplacement du revenu, une indemnité de déficience permanente et le remboursement de ses traitements thérapeutiques. La SAPM a mis fin aux prestations pour le motif que l'appelant lui avait consciemment fourni des renseignements faux ou inexacts relativement à ses dépenses de déplacement et son kilométrage. La SAPM avait constaté une tendance significative à grossir les dépenses de déplacement qui, à son avis, ne pouvait s'expliquer par inadvertance ou négligence dans l'inscription des distances réellement parcourues.

L'appelant a déclaré qu'il n'avait pas consciemment fourni des renseignements faux ou inexacts à la SAPM. Il devait se rendre à Winnipeg pour ses rendez-vous médicaux et le traitement de ses blessures. Lors de ses voyages à Winnipeg, il allait aussi au gymnase, au restaurant et dans des toilettes publiques en raison de ses problèmes physiques. Il a déclaré qu'il ne savait pas qu'il devait inscrire le kilométrage exact de ses allers retours entre son domicile en dehors de la ville et le lieu précis de ses consultations médicales à Winnipeg. Par conséquent, quand il remplissait les demandes d'indemnités de déplacement, il estimait les distances des allers retours et incluait ses déplacements à d'autres endroits. Il a déclaré qu'il n'avait jamais été averti par la SAPM, avant la cessation de ses prestations, qu'il enfreignait la politique sur les allocations de déplacement.

La SAPM a attaqué la crédibilité de l'appelant en citant un argument avancé par son conseiller juridique à l'audience de révision interne. La SAPM a soutenu que l'appelant avait tenté de tromper l'agent de révision interne en mentionnant que le compteur de vitesse de son automobile était défectueux, ce qui affectait l'exactitude des relevés de l'odomètre. La SAPM avait appelé un témoin qui avait témoigné qu'un compteur de vitesse défectueux pouvait produire un kilométrage inférieur à la distance réellement parcourue. Interrogé par la Commission, le témoin a admis qu'un compteur de vitesse défectueux pouvait aussi enregistrer plus de kilomètres que le nombre réellement parcouru.

La SAPM a soutenu que l'appelant savait que le seul effet défavorable d'un compteur de vitesse défectueux sur l'odomètre était l'enregistrement de distances moindres que celles réellement parcourues. La SAPM a déclaré que l'appelant n'avait jamais laissé entendre à l'agent de révision interne qu'il ne connaissait pas la politique de la Société selon laquelle le kilométrage doit être calculé uniquement jusqu'aux lieux précis de rendez-vous médicaux et elle a soutenu qu'en changeant son argument devant la Commission, l'appelant avait perdu sa crédibilité.

La Commission a rejeté la prétention de la SAPM selon laquelle la crédibilité de l'appelant avait souffert de son explication tardive à la Commission. L'appel à la Commission est une audition de novo et l'appelant a le droit de soulever tout ce qu'il veut pour sa défense. Dans le cas présent, et étant donné la preuve apportée par le témoin de la SAPM, la Commission a jugé que la décision de l'appelant de ne pas poursuivre cette défense à l'audition de l'appel ne compromettait pas sa crédibilité.

La Commission a déclaré qu'il n'y avait pas assez de preuve pour établir, selon la prépondérance des probabilités, que l'appelant avait consciemment fourni des renseignements faux ou inexacts à la SAPM qui justifieraient la cessation de ses prestations par la SAPM. La Commission a déclaré qu'il n'était pas étonnant que l'appelant, après avoir fait l'estimation initiale de l'aller retour entre sa maison et ses rendez-vous médicaux, en incluant dans cette estimation les autres lieux visités, reprenne la même ou une estimation semblable pour d'autres déplacements de même nature lorsqu'il avait rempli d'autres demandes de remboursement des frais de déplacement. Elle a aussi déclaré que la SAPM avait manqué de donner un préavis raisonnable de son intention de mettre fin aux prestations. La Commission a déclaré que la SAPM ne pouvait pas mettre fin à ces prestations tant qu'elle n'aurait pas envoyé ce préavis et donné à l'appelant une chance raisonnable d'y répondre.

La Commission a ordonné de rétablir les prestations de l'appelant à partir de la date de leur cessation, plus intérêt jusqu'à la date du paiement, et est restée saisie de l'affaire au cas où les parties seraient incapables de s'entendre sur le montant des prestations du Régime de protection contre les préjudices personnels.

6. Dans le cas présent, l'appelant a interjeté appel d'une décision de la SAPM refusant sa réclamation pour ses frais de déplacement.

L'appelant avait subi de multiples blessures et suivi un programme de réadaptation poussé après son accident d'automobile. Il a été incapable de reprendre son emploi antérieur à cause de ses blessures. Avant l'accident, l'appelant n'avait que quelques kilomètres à faire chaque jour pour aller travailler et n'avait pas de gros frais de déplacement pour se rendre à son travail. Après son long programme de réadaptation, l'appelant n'a pas été capable de se trouver un travail convenable dans sa ville mais a trouvé un emploi dans une ville située à quelque 50 kilomètres de chez lui. Il devait donc faire 100 kilomètres par jour, 5 jours par semaine, pour aller travailler. L'appelant a déclaré qu'à cause du prix croissant de l'essence, les dépenses engagées pour aller travailler étaient devenues un fardeau financier pour lui. Il a fait valoir que l'article 138 de la *Loi sur la Société d'assurance publique du Manitoba*

déclare que la SAPM a le pouvoir de prendre toutes les mesures qu'elle considère nécessaires et indiquées pour faciliter la réinsertion de la victime dans la société ou sur le marché du travail. Il a soutenu que les dispositions sur la réadaptation de l'article étaient d'une portée suffisante pour permettre à la SAPM de lui rembourser ses frais d'essence pour qu'il puisse faire l'aller retour à son lieu de travail.

La SAPM a soutenu qu'aucune disposition de la Loi ou des règlements ne l'autorisait à payer les frais de déplacement. Elle a déclaré que le paragraphe 10(1) du Règlement du Manitoba 40/94 énonce les mesures de « réadaptation » que la SAPM peut prendre et que, comme l'article 138 n'étend pas la portée des mesures de réadaptation, les coûts de déplacement de l'appelant ne pouvaient être considérés. La SAPM a aussi soutenu que les mots de l'article 138 devaient être lus de manière conjonctive. La SAPM a déclaré que puisque la demande de remboursement des frais de déplacement présentée par l'appelant se rattachait seulement à l'indemnisation d'une perte économique et non à une mesure de réadaptation relative à une invalidité résultant d'un dommage corporel, la Commission devait rejeter la demande d'indemnisation.

La Commission a convenu que l'appelant ne pouvait avoir gain de cause en vertu du paragraphe 10(1) du Règlement 40/94. Par contre, elle a déclaré que le sens de « réadaptation » à l'article 138 de la Loi était plus large que les mesures précises visées au paragraphe 10(1) du Règlement. La Commission a déterminé que le mot « réadaptation » à l'article 138 incluait les mesures de réadaptation destinées à restaurer la santé de la victime et aussi à aider la victime sur le plan financier. La Commission a déclaré que l'interprétation de ces dispositions par la SAPM était trop étroite pour accomplir l'objectif et l'intention de la loi. Elle a rejeté l'interprétation de la SAPM, considérant qu'elle n'était pas en harmonie avec l'objectif et l'esprit de la loi, et a conclu par conséquent que les dispositions de l'article 138 devaient être lues de manière disjonctive. La Commission a ordonné à la SAPM de rembourser à l'appelant le coût de l'essence pour l'aller retour en voiture à son lieu de travail, plus intérêt.

7. L'appelante a interjeté appel d'une décision du Bureau de révision interne de la SAPM sur son admissibilité au remboursement de ses traitements et son admissibilité à l'indemnité de remplacement du revenu (IRR).

L'appelante était piquet de grève pendant une grève légale quand elle est entrée en contact avec une automobile. En tentant de traverser lentement la ligne de piquetage, l'automobile a heurté la jambe gauche de l'appelante et en conséquence l'appelante est tombée sur le capot ou a été projetée sur le capot. Sautant en bas de la voiture, l'appelante s'est approchée de la voiture du côté du conducteur pour demander à celui-ci de quitter la voiture. Le conducteur n'a pas répondu à sa demande alors l'appelante a décidé de faire une arrestation à titre de simple citoyen. Comme la portière de la voiture était verrouillée, l'appelante a introduit son bras dans la voiture et de sa main droite, saisi le manteau du conducteur pour le retenir jusqu'à ce que la police arrive. La vitre du conducteur a alors été relevée et le véhicule a commencé à avancer, tirant l'appelante sur une courte distance. Le véhicule s'est ensuite arrêté et l'appelante a pu retirer son bras. L'appelante s'est plainte de dommages corporels

découlant de l'accident. L'incident a été filmé sur vidéo par le personnel de sécurité des lieux. Une copie de la vidéocassette a été fournie à la Commission et visionnée à l'audience.

La SAPM a soutenu que l'appelante n'avait pas eu un « accident » aux termes de la Loi. Elle a ajouté par ailleurs qu'en introduisant son bras dans l'automobile et en saisissant le conducteur, l'appelante avait subi des dommages corporels qui résultaient directement d'un accident causé intentionnellement par elle et qu'en vertu du paragraphe 79(1) de la *Loi sur la Société d'assurance publique du Manitoba*, elle n'avait donc droit à aucune indemnisation. La SAPM a affirmé qu'en conséquence, la Commission n'avait pas compétence pour entendre et déterminer le bien-fondé de l'appel.

Après avoir étudié de nombreuses décisions de la Cour d'appel sur ce sujet, la Commission a déclaré qu'il s'agissait bel et bien d'un « accident » aux termes de la Loi, comme il y avait un lien clair et corrélatif entre l'automobile et les blessures. La Commission a précisé que pour déterminer si l'appelante avait intentionnellement causé ses blessures, il fallait déterminer le motif de l'appelante au moment où elle avait subi les blessures découlant de l'accident d'automobile. La Commission a déclaré que l'objectif de l'appelante dans l'exercice de son droit d'être piquet de grève était de persuader le public de ne pas entrer sur les lieux et non de se faire du tort. Elle a déclaré que quand l'appelante a introduit son bras dans le véhicule, c'était dans le but de procéder à une arrestation à titre de simple citoyen, pas dans le but de se faire du mal. Bien que l'appelante ait pu être négligente dans sa façon d'agir, elle n'agissait pas intentionnellement aux termes du paragraphe 79(1) de la Loi.

La SAPM a soutenu que les dommages corporels subis par l'appelante n'étaient pas assez graves pour justifier le versement d'une IRR et le remboursement des traitements de chiropraxie. Elle a déclaré que les blessures de l'appelante étaient minimes et consistaient probablement en ecchymoses et foulures qui auraient guéri en une ou deux semaines sans traitement.

L'appelante a soutenu que l'agent de révision interne avait commis une erreur en amoindrissant l'importance de l'accident d'automobile et en rejetant un rapport qui indiquait qu'elle avait été tirée sur plusieurs mètres.

La Commission a déclaré que l'appelante était un témoin crédible et qu'elle avait témoigné de manière directe et candide. Compte tenu des opinions de trois médecins et de deux chiropraticiens, la Commission a déclaré que selon la prépondérance des probabilités, les opinions médicales corroboraient le témoignage de l'appelante quant à la nature des blessures subies, la douleur et l'invalidité causées par ces blessures, le besoin de traitement et l'incapacité de l'appelante de retourner au travail qui en avait résulté. La Commission a donné plus de poids à ces rapports qu'aux deux rapports qui n'appuyaient pas la position de l'appelante.

La Commission a donc ordonné à la SAPM de rembourser à l'appelante le coût des traitements médicalement requis et de lui verser une IRR à partir de la période d'attente légale suivant l'accident, plus intérêt.

8. Dans le cas présent, l'appelant a interjeté appel d'une décision de la SAPM lui refusant le remboursement de ses traitements de chiropraxie.

   L'appelant avait subi des blessures dans un accident d'automobile. Le lendemain, il était allé voir un chiropraticien. Ses principales plaintes à ce moment-là étaient douleur et raideur dans le cou, ainsi que douleur entre les omoplates, avec un certain malaise s'étendant jusqu'au bas du dos. Au moment de l'accident, l'appelant était en grève mais il était ensuite retourné au travail une fois la grève réglée. Après son retour au travail, la douleur et la raideur qu'il ressentait dans le cou et le haut du dos avaient augmenté. À l'audience sur l'appel, l'appelant a déclaré qu'il n'avait jamais eu de douleur ou de raideur dans le cou ou le haut de la partie médiane du dos avant l'accident d'automobile. Dans un rapport fourni à la SAPM, le chiropraticien de l'appelant a déclaré que les symptômes de l'appelant étaient un résultat direct des blessures subies dans l'accident et que l'appelant nécessitait d'autres traitements de chiropraxie.

   La SAPM a soumis le rapport du chiropraticien à l'équipe de ses services de santé, qui a conclu que la preuve n'était pas suffisante pour conclure que selon la prépondérance des probabilités, les symptômes de l'appelant étaient le résultat de l'accident d'automobile. L'équipe des services de santé a ajouté que les symptômes de l'appelant étaient plus probablement liés à son retour au travail après une longue pause dans l'exécution de ses tâches. L'agent de révision interne a maintenu la décision du gestionnaire de cas de ne pas payer d'autres traitements de chiropraxie.

   La Commission a déclaré que la SAPM avait omis de considérer s'il y avait une combinaison de causes qui avaient contribué de façon appréciable aux symptômes dont souffrait l'appelant à l'époque et si les blessures subies dans l'accident d'automobile avaient contribué de façon appréciable à ces symptômes. Après avoir examiné la preuve, la Commission a jugé que selon la prépondérance des probabilités, le commencement de la douleur au cou et entre les omoplates ressentie par l'appelant après son retour au travail était causé non seulement par son retour au travail mais aussi par les blessures subies dans l'accident d'automobile. La Commission a donc conclu que le refus de la SAPM de rembourser le coût des traitements de chiropraxie en question n'était pas justifié. La Commission a déterminé que l'appelant avait droit au remboursement des traitements de chiropraxie aussi longtemps que les traitements étaient médicalement nécessaires. L'affaire a été renvoyée au gestionnaire de cas de la SAPM pour détermination de la durée de la période d'admissibilité et détermination des dépenses admissibles à un remboursement.

Il est possible d'appeler des décisions de la Commission à la Cour d'appel mais seulement sur un point de droit ou de compétence. Voici des exemples d'affaires où l'appelant a demandé l'autorisation d'appeler d'une décision de la Commission.

1. L'appelante a interjeté appel d'une décision du Bureau de révision interne de la SAPM qui avait mis fin à son admissibilité à l'indemnité de remplacement du revenu et à son admissibilité au remboursement des traitements.

L'appelante avait eu plusieurs accidents de voiture depuis 1989 et avait des antécédents d'asthme chronique et sérieux remontant à son enfance. La question à trancher était de déterminer s'il existait un lien de causalité entre l'état actuel de l'appelante et les accidents d'automobile qu'elle avait subis depuis 1994. L'appelante souffrait de trois affections incapacitantes : asthme, dépression et syndrome de douleur chronique aux tissus mous. De nombreux rapports médicaux de divers médecins ont été soumis sur les affections médicales de l'appelante.

La Commission a déclaré qu'à cause de son asthme, de sa dépression et du syndrome de douleur chronique aux tissus mous dont elle souffrait, l'appelante avait une déficience fonctionnelle physique et psychologique qui l'empêchait d'accomplir toute tâche professionnelle. Cependant, après un examen attentif de toute l'information pertinente qui lui a été présentée, la Commission a été incapable d'établir un lien de causalité entre ces affections permanentes et les accidents d'automobile. Bien que l'appelante ait peut-être d'abord été incapable de retourner travailler après l'accident d'automobile de 1997 à cause des blessures subies dans cet accident, la Commission a jugé qu'il était certain que près de trois années après, son problème d'asthme et les effets de ce problème l'avaient emporté sur les effets des blessures au point où l'asthme était, et continuait d'être, la principale affection incapacitante. La Commission a déclaré que c'était l'asthme qui rendait l'appelante incapable de participer à un programme de réadaptation, qui perpétuait son manque de conditionnement physique et son syndrome de douleur chronique des tissus mous et qui causait dès lors sa dépression continue. Par conséquent, la Commission a rejeté l'appel et confirmé la décision de la SAPM.

L'appelante a fait une requête en autorisation à la Cour d'appel. L'autorisation d'interjeter appel lui a été accordée pour le seul motif de voir s'il y avait en fait une preuve sur laquelle la Commission pouvait fonder sa décision de mettre fin aux prestations de l'appelante.

La Cour d'appel du Manitoba a jugé qu'il y avait en fait une preuve appuyant la conclusion de la Commission et a donc rejeté l'appel.

2. L'appelante a interjeté appel d'une décision de l'agent de révision interne de la SAPM qui avait mis fin à son admissibilité à une indemnité de remplacement du revenu.

L'appelante avait subi des blessures aux tissus mous du cou et du dos à la suite d'un accident d'automobile. À l'époque, elle travaillait à temps plein. L'appelante a été envoyée à un programme complet de reconditionnement physique, de conditionnement au travail et de retour progressif au travail. Elle a été capable d'effectuer ses tâches professionnelles durant l'essai au travail mais a signalé des douleurs musculaires croissantes.

L'appelante a soutenu qu'elle n'était pas capable de retourner à son travail au moment où la SAPM avait déterminé qu'elle le pouvait. Elle a soutenu qu'il y avait eu des changements à sa colonne vertébrale depuis l'accident d'automobile, documentés par des radiographies, et qu'il y avait un lien de causalité entre ces changements, l'accident et les douleurs dont elle continuait de souffrir. L'appelante a soutenu que la cessation de l'IRR était prématurée.

Le représentant de la SAPM a soutenu qu'au moment où la décision de mettre fin à son IRR avait été prise, l'appelante était capable de retourner au travail. La SAPM a soutenu que les preuves objectives du physiothérapeute et du consultant en réadaptation prouvaient que l'appelante était capable de retourner travailler. Elle a déclaré que le fait que l'appelante ait quelques douleurs ne devrait pas l'empêcher de retourner travailler. Elle a ajouté que quelques autres facteurs, y compris des grossesses et une blessure liée au travail, pouvaient avoir contribué aux symptômes dont l'appelante se plaignait.

La Commission a noté que l'appelante avait suivi un programme de reconditionnement et de conditionnement au travail et terminé avec succès un programme progressif de retour au travail. Elle a aussi noté que les preuves objectives à l'époque, y compris un examen médical indépendant, étaient que l'appelante était capable de reprendre son travail. Après avoir considéré la totalité de la preuve, la Commission a jugé que l'appelante était capable d'occuper l'emploi qu'elle occupait au moment de l'accident. Par conséquent, la Commission a jugé que la SAPM avait eu raison de mettre fin à l'admissibilité de l'appelante à l'IRR.

L'appelante a fait une requête en autorisation à la Cour d'appel pour le motif que la Commission avait commis une erreur de droit en jugeant qu'elle était capable de retourner à un travail à temps plein et n'avait donc pas droit à l'IRR. En rejetant la requête en autorisation, la Cour d'appel a déclaré que le désaccord de l'appelante était clairement avec l'analyse de la preuve par la Commission et ses conclusions, et non sur un point de droit.